



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen



## **proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 6.0\_2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	St. Marien-Krankenhaus Siegen
<b>Anschrift:</b>	Kampenstraße 51 57072 Siegen
<b>Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2014-SIEG-11-K-002130
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	10.11.2014
<b>bis:</b>	09.11.2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der proCum Cert</b> .....	3
<b>Vorwort der KTQ®</b> .....	4
<b>Vorwort der Einrichtung</b> .....	6
Die Kategorien.....	7
1 Patientenorientierung.....	8
2 Mitarbeiterorientierung.....	14
3 Sicherheit.....	17
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	20
5 Führung .....	22
6 Qualitätsmanagement.....	25
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus.....	27
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft .....	28
9 Trägerverantwortung .....	29

## Vorwort der proCum Cert

Die proCum Cert GmbH ist eine eigenständige konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die von der katholischen und der evangelischen Kirche, namentlich durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) ins Leben gerufen wurde.

Gesellschafter der proCum Cert sind neben den genannten Krankenhausverbänden die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia.

Als Kooperationspartner der KTQ® war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Als akkreditierte Zertifizierungsstelle der KTQ® ist sie berechtigt, Krankenhäuser in dem vorgesehenen Verfahren mit dem KTQ-Zertifikat auszuzeichnen.

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCum Cert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 24 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 63 Kriterien nicht gibt.

Das KTQ-Manual ist vollumfänglicher Bestandteil des proCum Cert-Anforderungskataloges. Um das pCC-KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus sowohl die Erfüllung aller Voraussetzungen für das KTQ-Zertifikat, als auch die Erfüllung der zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen nachweisen.

Dieser Nachweis ist dem Krankenhaus gelungen, daher wurde es von der proCum Cert mit dem kombinierten pCC-KTQ-Zertifikat ausgezeichnet.

Der vorliegende Qualitätsbericht ist während der dreijährigen Gültigkeitsdauer des Zertifikates über die Internetseite [www.proCum-Cert.de](http://www.proCum-Cert.de) allgemein zugänglich.

Hedwig Semmusch

Geschäftsführung  
proCum Cert GmbH

## Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen. Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie- und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf die

- Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Führung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **St. Marien-Krankenhaus Siegen** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und  
Pflegkassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

**Dr. med. M. Vogt**

Für den Hartmannbund

## Vorwort der Einrichtung

Die moderne Medizin hat in den letzten Jahren sehr große Fortschritte gemacht. Bei zahlreichen Krankheitsbildern können heute mit schonenden Verfahren hervorragende Heilungserfolge erzielt werden. Oft können Patienten deutlich früher wieder aus dem Krankenhaus in ihr gewohntes Umfeld entlassen werden. Und es gelingt immer besser, durch medizinische Verfahren die Lebensqualität zu erhalten – auch bei Menschen in immer höherem Alter und bei Patienten mit einer unheilbaren Krankheit.

Insgesamt kann der Gesundheitsversorgung in Deutschland nach wie vor ein sehr hohes Qualitätsniveau bescheinigt werden. Dennoch lohnt es sich, die Frage nach der Qualität immer wieder neu zu stellen. Denn nur durch eine konsequente Qualitätspolitik, die sich um stetige Verbesserungen bemüht, können wir dieses Niveau erhalten oder ausbauen. Das St. Marien-Krankenhaus Siegen zählt sich dabei als eines der treibenden Kräfte in der Region Südwestfalen. In unserem gemeinsamen Streben nach ständig wachsender Verbesserung der Qualität unserer Leistungen lassen wir uns leiten von objektiven Kriterien, von Zielen und Anforderungen an uns selbst und in besonderem Maße den Erwartungen unserer Patienten.

So unterzieht sich unser St. Marien-Krankenhaus Siegen regelmäßig einer KTQ/proCum Cert-Zertifizierung. Damit wird die Qualität unserer Leistungen durch neutrale Prüfer analysiert, bestätigt und bewertet. Weiter führen wir Zertifizierungen unserer Zentren durch die jeweiligen Fachgesellschaften durch. Wie zufrieden unsere wichtigsten Ansprechpartner, also Patienten und einweisende Ärzte, mit der Arbeit unserer Teams in Medizin und Pflege sind, ermitteln wir außerdem regelmäßig durch schriftliche Befragungen. Auch deren Ergebnisse bestätigen uns in unserer Qualitätspolitik. Und als ein Unternehmen, das sich seit über 150 Jahren seinem christlichen Selbstverständnis verpflichtet sieht, engagieren wir uns in besonderer Weise für eine Patientenversorgung „Näher am Menschen“.

All dies zusammen macht die besondere Qualität aus, für die das St. Marien-Krankenhaus Siegen heute steht. Mit dem Qualitätsbericht 2014, der Ihnen hier vorliegt, möchten wir sowohl für Experten als auch für Laien transparent machen, wie Qualität in unserem Krankenhaus gelebt und umgesetzt wird.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

**Hans-Jürgen Winkelmann**  
Geschäftsführer

**Christoph Rzisnik**  
Geschäftsführer

# Die Kategorien

# 1 Patientenorientierung

KTQ:

## 1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das St. Marien-Krankenhaus Siegen ist aufgrund seiner zentralen, bahnhofsnahen Lage in Siegen und guter Anbindung an die A45 optimal zu erreichen und stadtweit ausgeschildert. Bushaltestellen, Taxistände befinden sich in unmittelbarer Nähe des Gebäudes. Patienten, Besuchern und Mitarbeitern stehen ein Parkhaus und Kurzzeitparkplätze zur Verfügung.

Auf unseren Online-Medien **marienkrankenhaus.com** und [fb.com/marienkrankenhaus.siegen](https://www.facebook.com/marienkrankenhaus.siegen), APPs für mobile Geräte sowie durch Informationsbroschüren können sich Patienten über die Erreichbarkeit, das Leistungsspektrum und die Aufnahmeplanung informieren. Die Information im Eingangsbereich ist 24-stündig besetzt. Innerhalb des Hauses ist ein Wegeleitungssystem vorhanden. Die administrative Aufnahme erfolgt unter Wahrung der Intimsphäre in angemessener Atmosphäre.

### 1.1.2 Leitlinien

Mit dem Ziel unsere Patienten, einem Behandlungsprozess nach anerkannten Qualitätsstandards zu unterziehen, versteht sich das Vorgehen nach den aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards, Leit- und Richtlinien. Interne Handlungs-, Verfahrensanweisungen unterliegen einem regelmäßigen Prüfungs- und Aktualisierungsprozess.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Das Handeln nach unserem Unternehmensleitbild ist für das gesamte Team von Bedeutung. Die Wahrung der Patientenselbstbestimmtheit und Schaffung von Handlungsfreiräumen geht damit einher. Durch den engen Dialog zwischen Patienten und unseren Mitarbeitern, ist die Berücksichtigung individueller Wünsche und regelmäßige Information gewährleistet. Den Angehörigen wird durch flexibel gestaltete Besuchszeiten eine komfortable Planungsfreiheit zugesichert.

### 1.1.4 Service, Essen und Trinken

Mit Ziel unseren Patienten während ihres Aufenthalts einen hohen Komfort, ausgerichtet an individuellen Bedürfnissen, zu bieten, stehen ansprechende und barrierefreie Einzel-, Zwei- und Dreibettzimmer mit Essplatz, ausreichend dimensionierten, abschließbaren Schränke, einer Nasszelle mit Zugang zu Dusche und WC, Schwesternrufanlage, Telefon, Radio und TV zur Verfügung. Ein WLAN-Netz sorgt für den komfortablen Zugang zum Internet. In der Geburtshilfe werden zusätzlich Familienzimmer angeboten.

Unsere Küche arbeitet mit dem Ziel ein gesundes, frisches, abwechslungsreiches, den Angeboten der Saison und den gesundheitsbedingten Erfordernissen angepasstes qualitativ-hochwertiges Speisen- und Getränkeangebot zu gewährleisten.



### **1.1.5 Kooperationen**

Die kooperative Zusammenarbeit im Krankenhaus wird durch die etablierten Schwerpunktzentren sowie die interdisziplinäre psychosoziale Betreuung gefördert. In unserem Haus befindet sich eine Krebsberatungsstelle der Caritas. Abgebildet durch unsere onkologischen Zentren besteht das Angebot von onkologischen Selbsthilfegruppen.

Einmal pro Woche findet eine interdisziplinäre Tumorkonferenz statt, die jeder kooperierenden Abteilung und jedem Zuweiser zur Teilnahme offen steht.

## **1.2 Notfallaufnahme**

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

In der Zentralen Notaufnahme ist eine stetige Erstversorgung und Diagnostik durch interdisziplinäre Teams 24 Stunden sichergestellt. Durch das Manchester Triage-System wird eine zügige und zielgerichtete Diagnostik und Behandlung sichergestellt. Die Notaufnahme befindet sich in unmittelbarer Nähe zur Intensivpflegestation, so dass das Notfallteam bei Bedarf jederzeit kurzfristig durch Intensivärzte, Oberärzte und Anästhesisten verstärkt werden kann.

## **1.3 Ambulante Versorgung**

### **1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Notfälle werden in der Notaufnahme erstversorgt. Für akute Notfälle ist ein Schockraum vorhanden. Ein interprofessionelles Team steht 24 Stunden bereit. Über organisierte Rufbereitschaftsdienste ist der Facharztstandard gewährleistet. Für die Behandlung steht medizinisches Equipment nach dem aktuellen Entwicklungsstand zur Verfügung.

In unserem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) werden Patienten in den Fachrichtungen Onkologie, Diagnostische Radiologie, Gynäkologie, Orthopädie, Chirurgie, Kardiologie, Strahlentherapie ambulant behandelt. Zusätzlich befinden sich auf dem Krankenhausgelände eine ambulante Onkologische Praxis sowie eine onkologische Tagesklinik. Ein ambulantes medizinisches Zentrum hat im Juni 2014 seinen Betrieb aufgenommen. Dort werden neben eigenen Praxen 13 weitere Einrichtungen und Praxen ambulante Leistungen erbringen.

### **1.3.2 Ambulantes Operieren**

Das St. Marien-Krankenhaus Siegen verfügt mit seinem ambulanten medizinischen Zentrum über eine ambulante Tagesklinik mit 15 Betten, für eine interdisziplinäre Belegung. Patienten mit Indikation für eine ambulante OP werden, nach der Vorstellung in einer unserer Fachambulanzen, zeitnah von der Klinik unter Vermeidung langer Wartezeiten einbestellt. Die Abläufe der operativen Eingriffe sind in den meisten Kliniken durch Behandlungspfade festgelegt. Der Facharztstandard wird umgesetzt. Der Patient wird vor Verlassen des Krankenhauses einer Abschlussuntersuchung und einem Entlassungsgespräch zugeführt.

## **1.4 Stationäre Versorgung**

### **1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Neu aufgenommene Patienten werden im Laufe des Aufnahmetages durch den Assistenzarzt dem zuständigen Oberarzt vorgestellt. Mit dem Ziel den Patienten in die Behandlungsprozesse mit einzubeziehen, wird vom behandelnden Arzt, in Absprache mit dem Chefarzt, Oberarzt und den Pflegefachkräften ein individueller Behandlungsplan erstellt. Grundlage sind leitlinienorientierte Diagnose- und Behandlungsstandards, diagnosebezogene, interprofessionelle Ablaufstandards, Pflegestandards und Pflegepfade. In den Visiten, Patientenvorstellungen und durch Gespräche zwischen Patienten, Angehörigen und dem therapeutischen Team wird der Behandlungsplan überprüft und ggf. angepasst.

### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Mit dem Ziel eine hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten, bilden die Leitlinien der Fachgesellschaften die Basis unserer therapeutischen Prozesse.

Eine Pflegeanamnese erfolgt innerhalb von 24 Stunden nach der stationären Aufnahme. Die Planung der Behandlung und der diagnostischen Maßnahmen obliegt dem aufnehmenden Arzt, der diese mit dem Chefarzt und Oberärzten kommuniziert. Die Behandlungsschritte werden mit den Patienten in einem Aufklärungsgespräch abgestimmt.

Unsere Planungen zu therapeutischen Angeboten sehen eine 24-stündige fachärztliche Rufbereitschaft für Herzkathetermessplatz, Intensivmedizin und diagnostische/interventionelle Radiologie vor.

Die Behandlungsqualität wird durch regelmäßige Überprüfung, mittels zielgerichteter interner Instrumente, sichergestellt.

### **1.4.3 Operative Verfahren**

Die Vorbereitung, Durchführung und Nachbehandlung operativer Eingriffe erfolgt operationsstandardbasiert, Vorgehen sind in klinischen Behandlungspfaden dokumentiert. Die multiprofessionelle Abstimmung erfolgt seitens eines OP-Koordinators mit den beteiligten Fachbereichen unter Berücksichtigung der Indikationen und vorhandenen Ressourcen.

Das für den OP-Bereich etablierte Critical-Incident-Reporting-System (CIRS) dient einer Prüfung der Prozesse und soll langfristig eine höchstmögliche Sicherheit für den Patienten gewährleisten.

### **1.4.4 Visite**

Die Visite, als wichtiges Instrument interner Qualitätssicherung, dient der Vermittlung aller für die Behandlung wichtigen Informationen hinsichtlich Diagnostik, Therapie und Pflege. Behandlungsentscheidungen erfolgen im Dialog zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient, im Rahmen der Visite erfolgt unter Wahrung der Intimsphäre, Angehörige können auf Wunsch mit einbezogen werden.

Für Patienten findet mindestens einmal täglich eine Visite zu festgelegten Zeiten statt. Die Chefarzt-Visite erfolgt einmal wöchentlich.

### **1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Aktivitäten der Planung und Durchführung von prä- und poststationären Behandlungsmaßnahmen sind leitlinienbasiert und in Verfahrensanweisungen niedergelegt. Ziel ist es eine kontinuierliche Weiterversorgung sicher zu stellen.

Im Rahmen der Visite wird am Tag vor der Entlassung oder am Entlassungstag ein Gespräch mit dem Patienten geführt. Zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs und zur Information des Patienten nach dem stationären Aufenthalt, werden den Patienten Merkblätter mit dezidierten Verhaltensanweisungen ausgehändigt.

Teilstationäre Leistungen werden nicht erbracht.

## **1.5 Übergang in andere Bereiche**

### **1.5.1 Entlassung**

Im Rahmen eines verfahrensanweisungsbasierten Entlassmanagements erfolgt eine frühzeitige Abstimmung mit Angehörigen oder weiterbehandelnden Einrichtungen. Bei Patienten, die von ihren Angehörigen zu Hause versorgt werden, beginnt schon während des Krankenhausaufenthaltes das Einstudieren der notwendigen Maßnahmen in Grund- und Behandlungspflege. Hierzu bieten wir im Rahmen einer Kooperation mit der Universität Bielefeld und den Pflegekassen der AOK Westfalen-Lippe Pflorgetrainings an. Im Rahmen dieser Trainings werden Angehörige schon während des Krankenhausaufenthaltes angeleitet, Pflegehandlungen sicher und schonend an ihrem Angehörigen durchzuführen.

### **1.5.2 Kontinuierliche Weiterversorgung**

Unser Entlassmanagement sieht die Realisierung einer terminierten, den individuellen medizinischen Bedürfnissen des Patienten angepasste Weiterbetreuung vor. Bereits nach Abschluss der Anamnese wird die nachstationäre Versorgung mit dem Patienten und deren Angehörigen abgeklärt.

Gespräche mit Selbsthilfegruppen der Tumorzentren werden angeboten und können monatlich in Anspruch genommen werden.

Für ein optimal gestaltetes soziales und medizinisches Umfeld während der poststationären Phase oder der Weiterbehandlung sucht unser Sozialdienst im Vorfeld den Kontakt zu externen Betreuungs- und Weiterbehandlungseinrichtungen.

## **1.6 Sterben und Tod**

### **1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten**

Ist der Tod eines Patienten, entgegen unserem Ziel Gesundheit wieder herzustellen, nicht mehr vermeidbar, sind für uns die würdevolle Geleitung des Sterbenden, die Berücksichtigung seiner individuellen Vorstellungen und Wünsche, sowie die Linderung von Beschwerden Hauptaufgaben. Dabei steht der Erhalt der Selbstbestimmtheit an erster Stelle. Getroffene Willenserklärungen des Patienten respektieren wir. Ebenso unterstützen wir seine kulturellen und religiösen Wünsche und die seiner Angehörigen.

## 1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

In unseren ethischen Leitsätzen drücken wir aus, dass die Würde des Menschen über den Tod hinaus reicht. Wir achten diese und die Trauer der Angehörigen. Alle beteiligten Berufsgruppen messen diesem Thema eine hohe Bedeutung zu. Den Angehörigen wird selbstverständlich genügend Zeit eingeräumt sich zu verabschieden. Möchten Sie an der Versorgung des Verstorbenen teilhaben, werden sie in angemessener Weise vorher über den Ablauf informiert und integriert.

*proCum Cert:*

### 1.A.1 Besondere Zuwendung und Präsenz für Patienten gewährleisten

Menschliche Zuwendung ist ein Bestandteil unseres christlich geprägten Leitbildes und wird von unseren Mitarbeitern gelebt. Patienten sind nur dann ohne Begleitung in unserem Krankenhaus unterwegs, wenn sie dazu bereit und in der Lage sind. Transport, Beobachtung und Zuwendung schwer erkrankter Patienten erfolgt ausschließlich durch Fachpersonal.

Es ist in den Abteilungen möglich nach Absprache mit dem behandelten Arzt ein persönliches Gespräch zu führen. Die Einbindung von Angehörigen der Patienten ist dabei ausdrücklich gewünscht.

Im Krankenhaus befindet sich eine Kapelle. Auch außerhalb der Gottesdienste bietet sie Patienten und Angehörigen einen Raum für Stille und Meditation.

### 1.A.2 Berücksichtigung der spirituellen bzw. religiösen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung

Christliche Werteorientierung wird leitbildgemäß von jedem Mitarbeiter verinnerlicht, mitgetragen und in unserem Handeln umgesetzt.

Im Unternehmen ist ein interdisziplinäres und interprofessionell besetztes Ethikkomitee etabliert. Es tritt in regelmäßigen Sitzungen sowie zu akuten Ethischen Konsilen zusammen.

Wir möchten die Beteiligung der Seelsorge am Behandlungsprozess schwerkranker Patienten auf einem hohen Level halten und unser christliches Profil in der Behandlung von Patienten deutlich machen. Es wurde ein zusätzliches seelsorgerisches Konsiliarwesen eingeführt, welches von einer Vielzahl an Patienten genutzt wird. Es besteht die Möglichkeit bei Gesprächen mit Konfliktpotential die Seelsorge mit einzubeziehen.

### 1.A.3 Sensibilität und Respekt für Patienten mit nicht christlichem kulturellen und religiösen Hintergrund

Die Mitarbeiter des Hauses sind dazu verpflichtet, unabhängig von Konfession, Religionszugehörigkeit und Weltanschauung des Patienten, auf dessen spirituelle und religiöse Bedürfnisse einzugehen.

### 1.A.4 Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen

In unserem Leitbild verankert, steht in unserem christlichen Haus der Patient im Mittelpunkt. Entsprechend ist die Gewährleistung eines bedürfnisgerechten Umgangs

mit Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf, wie Patienten mit Demenzleiden, Menschen mit Behinderung, Suchtpatienten oder Patienten mit besonderem sozialem Betreuungsbedarf selbstverständlich. Ein Palliativbereich wurde eingerichtet.

### **1.A.5 Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei der Behandlung von Kindern**

Grundsätzlich ist unser Ziel bei Kindern einen längerfristigen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden, sodass vorzugsweise Behandlung und Diagnostik ambulant erfolgen. Bezugspersonen werden in den Behandlungsprozess integriert.

Eine Kooperation mit der Kinderklinik in Siegen stellt sicher, dass in angemessener Zeit ein Pädiater zur perinatalen Weiterversorgung von Neugeborenen zur Verfügung steht. Bei Bedarf können jederzeit Konsiliardienste hinzugezogen werden.

### **1.A.6 Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten**

Mit dem Ziel der optimalen Weiterbetreuung entlassener Palliativpatienten, werden die Angehörigen vom Palliativteam des St. Marien-Krankenhauses über Pflegemaßnahmen zu Hause, lokale Betreuungsangebote und Hospizdienste informiert. Die Verzahnung von Klinikambulanz, dem Palliativbereich, dem ambulanten onkologischen Zentrum und dem Hausarzt des Patienten ermögliche eine poststationäre bedarfsgerichtete ärztliche Betreuung.

Es werden regelmäßig Schulungen für Angehörige angeboten. Zusätzlich besteht eine Kooperation mit dem Palliativ-Netzwerk und der Krebsberatungsstelle.

## 2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

### 2.1 Personalplanung

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Qualifiziertes Personal stellt die Grundlage für eine Patientenbehandlung dar. Die Personalplanung erfolgt im Rahmen der Wirtschaftsplanerstellung durch die Dienst-vorgesetzten unter Prüfung durch den Personalleiter. Die Festlegung erfolgt durch die Abstimmung der Geschäftsführung mit dem Direktorium. Entscheidungsgrundlage für Veränderungen des Personalbedarfs stellen die geplanten Leistungsveränderungen unter Berücksichtigung des Stellenplans der Vorperiode dar. Im Rahmen der Mitwirkungspflicht wird die Mitarbeitervertretung in die personal-bezogenen Entscheidungen miteinbezogen.

### 2.2 Personalentwicklung

#### 2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Der Schlüssel zur Erreichung der Qualitätsziele in der Patientenversorgung ist quali-fiziertes und motiviertes Personal. Die kontinuierliche Weiterentwicklung unseres Personals ist Bestandteil unseres Leitbilds. Die Karriereplanung wird durch ein abge-stimmtes Konzept zur innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung unterstützt.

#### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Das Bestreben neue Mitarbeiter in das Team zu integrieren erfolgt unter Berücksich-tigung des Einführungskonzepts. Während der Einarbeitungsphase werden die neu-en Kräfte durch Mentoren betreut. In der Probezeit finden regelmäßige Reflexionsge-spräche statt.

#### 2.2.3 Ausbildung

Berufliche Ausbildung stellt die Schaffung eines gesellschaftlichen Gutes dar. Wir sehen unsere Verantwortung darin, durch unseren Ausbildungsstätten Personal aus-zubilden. Aktuell sind über 160 Auszubildende in unseren Einrichtungen beschäftigt. Im Rahmen der Einsatzbereiche praktischer Ausbildung bestehen Kooperationen.

#### 2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Komplexität der Aufgaben in allen Bereich des Gesundheitswesens nimmt immer weiter zu. Im Zuge dessen realisieren wir für unsere Mitarbeiter aller Berufsgruppen, im Rahmen des innerbetrieblichen Fortbildungswesens, ausgewählte Maßnahmen für die Weiterqualifikation und Schärfung der persönlichen Profile.

Das Jahresfortbildungsprogramm wird für die Mitarbeiter zugänglich veröffentlicht. Weiter besteht die Möglichkeit über die e-Learning-Plattform des Unternehmens spe-zifische Lerninhalte aufzunehmen.

## **2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern**

### **2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Die Bildung einer Gemeinschaft, in unserem Leitbild, bildet die Grundlage für das Miteinander im Unternehmen. Wertschätzung und Anerkennung sind dabei Grundvoraussetzungen. Grundsätzlich ist jeder Mitarbeiter am Unternehmenserfolg beteiligt, was es zu honorieren gilt.

Unser Leitmotiv „Näher am Menschen“ bezieht sich nicht nur auf die Patienten, sondern auch auf unsere Belegschaft. Der Führungsstil ist an diesen Anforderungen ausgerichtet.

### **2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Die Grundlagen zur Arbeitszeitregelung stellen die tariflichen Vorgaben der AVR dar. In einem Großteil der Arbeitsbereiche werden die Arbeitszeiten elektronisch erfasst. Die Dienstplangestaltung und Urlaubsplanung erfolgen ebenfalls auf elektronischem Wege und sind mit der Zeiterfassung gekoppelt. 90% der Belegschaft verfügen über ein flexibles Arbeitszeitkonto.

### **2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und –beschwerden**

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit, verstärkte Mitarbeit und die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit. Mit diesen Zielen richtet sich unser innerbetriebliches Vorschlagswesen an die Mitarbeiter, die konstruktive Verbesserungsvorschläge zu innerbetrieblichen Prozessen liefern möchten. Bei einer positiven Entscheidung für die Umsetzung des Vorschlags, durch die Geschäftsführung, erfolgt eine Prämierung. Dieses Instrument fördert die Möglichkeit unserer Mitarbeiter Unternehmensentscheidungen mitzugestalten und fördert die Bildung einer Gemeinschaft.

*proCum Cert:*

### **2.A.1 Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter**

Die im Leitbild geforderte Zufriedenheits- und Gesundheitsförderung unserer Mitarbeiter soll mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und der Vermeidung und dem Abbau von Arbeitsüberlastung einhergehen. Dies wird durch flexible Arbeitszeitmodelle, die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit und die Kindertagespflege des Jugendamts für Kleinkinder der Mitarbeiter von 0-3 Jahren am Krankenhaus realisiert.

Neben gesetzlich geforderten Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsschutzes existieren Zusatzangebote zur Präventions- und Gesundheitsförderung für unsere Mitarbeiter.

Auch der Schutz unserer Mitarbeiter vor gewaltvollen Übergriffen soll durch Präventionsmaßnahmen, wie Kurse in Zusammenarbeit mit der Polizeikreisbehörde, Videoüberwachungssysteme und dem Einsatz von Nachtwachen wird gewährleistet.

## **2.A.2 Wertschätzung und Anerkennung vermitteln, Verbundenheit fördern**

Im Rahmen der Gemeinschaftsförderung sind konstruktive Feedbackgespräche, offener Umgang mit Lob und Kritik im Rahmen eines kooperativen Führungsstils zur Förderung des wertschätzenden und anerkennenden Umgangs miteinander fest in unsere Unternehmenskultur integriert. Besondere Leistungen und Erfolge werden angemessen durch Vorgesetzte, MAV und Personalleitung gewürdigt.

Unter dem Aspekt der Verbundenheit ist es unser Ziel, den Kontakt zu ehemaligen verrenteten Mitarbeitern aufrechtzuerhalten und diese u.a. regelmäßig zu Feierlichkeiten einzuladen.

## **2.A.3 Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen**

Die Bewältigung persönlicher Krisen fällt auch unter die Fürsorgepflicht unseres christlich geprägten Hauses. Zur Krisenbewältigung führen die Vorgesetzten, bei Bedarf, Gespräche mit betroffenen Mitarbeitern. Außerdem stehen die Dienste der Seelsorge selbstverständlich auch unseren Mitarbeitern zur Verfügung. Wir stehen unseren Mitarbeitern bei und versuchen sie durch ein strukturiertes Eingliederungsmanagement, nach Bewältigung der Situation wieder in vollem Umfang zu integrieren.

## **2.A.4 Förderung der christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter**

Als katholische Einrichtung mit einem an christlichen Werten orientierten Leitbild, liegt uns die Verinnerlichung dieser ethischen Grundsätze auf den Unternehmensebenen besonders am Herzen. Die christlich-ethischen Kompetenzen werden bei Mitarbeitern vorausgesetzt und gefördert, um speziellen ethischen Entscheidungen und Fragestellungen im unmittelbaren Arbeitsumfeld jederzeit souverän begegnen zu können.



## 3 Sicherheit

KTQ:

### 3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

#### 3.1.1 Arbeitsschutz

Die Leitung Zentrale Dienste Personal ist die zuständige Fachkraft für Arbeitssicherheit. Die Aufgaben dieser Fachkraft und des Betriebsarztes wurden extern an das Arbeitsmedizinische Zentrum übertragen. Einmal jährlich erfolgen Arbeitsplatzbeurteilungen. Neue Mitarbeiter werden einer betriebsärztlichen Eingangsuntersuchung unterzogen. Der Impfstatus des Personals wird über die arbeitsmedizinische Untersuchung überwacht. Gesetzliche vorgeschriebene Unterweisungen und Prüfungen finden jährlich statt. Die Mitarbeiter sind mit den Arbeitssicherheitsmaßnahmen für ihren Arbeitsbereich vertraut und werden in regelmäßigen Abständen geschult.

#### 3.1.2 Brandschutz

Die Prüfung von Maßnahmen zur Verhütung von Bränden erfolgt regelmäßig. Begehungen finden in den gesetzlich geforderten Intervallen statt. Innerhalb der innerbetrieblichen Fortbildung finden einmal jährlich, für jeden Mitarbeiter verpflichtende Brandschutzschulungen statt.

Das Haus verfügt über die gesetzlich vorgeschriebene Brandschutzinfrastruktur, die gemäß den gesetzlichen Vorgaben gewartet wird. Es wurden Feuerwehrpläne erstellt und mit der Feuerwehr abgestimmt.

#### 3.1.3 Umweltschutz

Unser Umweltschutzkonzept umfasst neben der Auswahl ökologisch-verträglich produzierender Lieferanten, Energie- und Wassersparanlagen Maßnahmen zu Müllvermeidung, -trennung und sachgerechten Entsorgung, insbesondere in Bezug auf medizinische Abfälle. Bei Sanierungs- und Neubaumaßnahmen wird eine Verbesserung der Energiebilanz angestrebt.

#### 3.1.4 Katastrophenschutz

Das Krankenhaus ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Die notwendigen Angaben zur Schaffung von Kapazitäten im Krisenfall, unter Einstellung des Regelbetriebs, sind dem Alarm- und Einsatzplan des Krankenhauses zu entnehmen. Neue Mitarbeiter bekommen diesen bei der Einstellung ausgehändigt und sie sind verpflichtet, sich damit vertraut zu machen. Den Mitarbeitern, denen besondere Aufgaben im Krisenfall zufallen, werden jährliche Schulungen angeboten

#### 3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Das Krankenhaus verfügt über ein Risikomanagementsystem, durch das nichtmedizinische Risiken in regelmäßigen Abständen bewertet, kategorisiert und dokumentiert werden.

Es ist sichergestellt, dass bei Ausfällen der Infrastruktur des Hauses Notsysteme überbrückend bis zu Wiederherstellung genutzt werden können. Diese umfassen die Strom-, Gas- und Trinkwasserversorgung.

Die Ersatzstromaggregate werden in regelmäßigen Abständen überprüft. Ein technischer Notdienst ist erreichbar.

EDV-Daten werden durch regelmäßige Back-Ups vor Verlusten abgesichert. Die EDV-Strukturen werden vor äußeren Eingriffen durch geschützte Serversysteme und Softwarelösungen abgesichert.

## **3.2. Patientensicherheit**

### **3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Die Patientensicherheit ist zu gewährleisten. Eine Einschätzung des individuellen Gefährdungspotenzials des Patienten erfolgt bereits bei der Pflegeanamnese. Entsprechende Präventionsmaßnahmen werden danach eingeleitet. Bei selbstgefährdeten Patienten werden besondere Schutzmaßnahmen vorgenommen. Fenster in den Patientenzimmern können lediglich in Kippstellung gebracht werden.

### **3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement**

Die Verfahrensanweisung regelt das standardisierte Vorgehen bei medizinischen Notfällen. Durch Vorhaltung des notwendigen Notfall-Equipments in den Bereichen wird sichergestellt, dass das Notfallteam ohne Zeitverlust mit lebensrettenden Maßnahmen in Notfallsituationen beginnen kann.

Es finden mehrmals jährlich Reanimationsfortbildungen für Ärzte, Mitarbeiter der Pflege und der Verwaltung statt. Zweimal im Jahr wird eine Schulung zur Neugeborenenreanimation angeboten.

### **3.2.3 Hygienemanagement**

Die Hauptverantwortung im Bereich Hygiene liegt beim ärztlichen Direktor. Er wird unterstützt durch den stellvertretenden ärztlichen Direktor, den hygienebeauftragten Arzt und die Hygienefachkraft. In den Fachabteilungen sind hygienebeauftragte Ärzte und Pflegepersonal benannt. Die aktuellen Hygiene- und Desinfektionspläne sind für die Mitarbeiter per Intranet zugänglich.

### **3.2.4 Hygienerrelevante Daten**

Mit dem Ziel unsere Patienten vor Infektionskrankheiten zu schützen, nehmen wir unsere Pflicht wahr, meldepflichtige Infektionskrankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz an die zuständigen Stellen weiterzuleiten. Intensivpflichtige, orthopädische Patienten und Patienten mit Individualrisiken werden bei der Aufnahme einem MRSA-Screening unterzogen.

### **3.2.5 Infektionsmanagement**

Die Ausgestaltung des Infektionsmanagements richtet sich nach den Richtlinien des Robert-Koch-Instituts. Sitzungen der Hygienekommission finden regelmäßig drei- bis 4-mal jährlich oder aus besonderen Anlässen statt.

### **3.2.6 Arzneimittel**

Wir verfolgen das Ziel, eine bedarfs-, qualitätsgerechte und sichere Arzneimittelversorgung zu gewährleisten.

Die Arzneimittelversorgung erfolgt über die krankenhauseigene Apotheke. Bestellungen werden auf elektronischem Wege an die Firmen übermittelt, die Kommissionierung erfolgt über ein EDV-gesteuertes Kommissionierungssystem. Zytostatika werden unter sterilen Bedingungen zentral in der Apotheke hergestellt.

### **3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Der Umgang mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten unterliegt umfangreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die eine Rückverfolgbarkeit der Maßnahmen und die notwendige Qualität gewährleisten.

Fortbildungsmaßnahmen gehen über die gesetzlichen Anforderungen durch das Transplantationsgesetz hinaus und werden durch zusätzliche abteilungsinterne Fortbildung ergänzt.

### **3.2.8 Medizinprodukte**

Ein sicherer Umgang mit fehlerfrei funktionierenden Medizinprodukten aller Art muss durchgängig sichergestellt sein. Ein Zentrales Organisationshandbuch regelt den sicheren und anspruchsgerechten Umgang mit Medizinprodukten. Sicherheitsrelevante Kontrollen erfolgen in den durch die Hersteller vorgegebenen Intervallen.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

### 4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

#### 4.1.1 Aufbau und Nutzen der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die Bereiche des Krankenhauses sind an das EDV-System angebunden. Ein uneingeschränkter Zugriff auf bereichsrelevante Daten wird an 365 Tagen des Jahres ermöglicht. Patientendaten sind im Krankenhausinformationssystem hinterlegt. Externe Befunde werden digitalisiert und integriert. Eine den gesetzlichen Anforderungen entsprechende Dokumentation wird sichergestellt.

### 4.2 Patientendaten

#### 4.2.1 Regelung zur Führung Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Der jeweilige Klinikleiter trägt die Verantwortung für die ärztliche Dokumentation, die zuständige Pflegefachkraft für die pflegerische Dokumentation. In Anlehnung an Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurden Verfahrensanweisungen für die Prozedere der Dokumentation und Archivierung der Patientendaten etabliert. Die Dokumentation erfolgt im Krankenhausinformationssystem unter Wahrung der gesetzlichen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Es finden regelmäßige Kontrollen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationsqualität und -vollständigkeit statt.

#### 4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

In jedem Bereich des Hauses steht den Mitarbeitern mindestens ein PC-Zugang zur Verfügung, sodass relevante Patientendaten abgerufen werden können. Parallel werden die Maßnahmen in einer Papierakte dokumentiert. Ältere Akten können von Berechtigten im Archiv eingesehen werden.

### 4.3 Informationsmanagement

#### 4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Ein zielgerichtetes Informationslenkungssystem in Kombination mit einem bedarfsorientierten Berichtswesen stellt die Versorgung der Unternehmensleitung mit strategie- und entscheidungsrelevanten Informationen sicher. Die Geschäftsführung ist in die Gremien Hygiene-, Arzneimittel- und Transfusionskommission, sowie den Arbeitssicherheitssauschuss eingebunden. Sie wird in regelmäßigen Sitzungen über Neuerungen, Projekte und betriebswirtschaftliche Entwicklungen informiert.

#### 4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Eine zielgerichtete Weitergabe von, für alle Mitarbeiter, relevanten Informationen unter Nutzung der internen Kommunikationsplattformen erfolgt, im Auftrag der Ge-

schäftsführung durch die Referate der Geschäftsführung. Einmal pro Quartal erscheinen das Unternehmensmagazin und ein Newsletter. Die Informationsversorgung der Öffentlichkeit erfolgt über die Presse, unterschiedliche elektronische Kommunikationsmedien sowie durch Veranstaltungen. Kooperations- und Geschäftspartner erhalten regelmäßig Angebote der Teilnahme an internen Veranstaltungen.

#### **4.4. Telefonzentrale und Empfang**

##### **4.4.1 Organisation und Service**

Unsere Telefonzentrale ist 24 Stunden besetzt. Unsere Mitarbeiter an der Information und Empfang stehen während der regulären Besuchszeiten zur Verfügung. Sie sind in Belangen des Datenschutzes geschult.

#### **4.5 Datenschutz**

##### **4.5.1 Regelungen zum Datenschutz**

Es ist ein schriftlich benannter Datenschutzbeauftragter für die Umsetzung eines datenschutzgesetzkonformen Datenschutzkonzeptes verantwortlich. Die EDV-Systeme sind mit verschiedenen Maßnahmen vor datenschutzgefährdenden Einflüssen abgesichert. Einmal jährlich wird durch den Beauftragten ein Bericht erstellt.

## 5 Führung

KTQ:

### 5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

#### 5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Unser Leitbild hat Gültigkeit für die Einrichtungen des Gesamtunternehmens und verkörpert unsere Unternehmensphilosophie unter dem Motto „Näher am Menschen“. Unsere Vision 2015 beschreibt unsere strategischen Unternehmensziele, die das Leitbild mit einbeziehen.

#### 5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und –fördernder Maßnahmen

Unsere Unternehmenspolitik ist durch vertrauensbildende Elemente, wie einen mitarbeiterorientierten kooperativen Führungsstil, die feste Integration von Förderungsmaßnahmen in unser Leitbild und die allgemeine Gleichstellung und Würdigung unserer Mitarbeiter gekennzeichnet. Gefördert werden diese Ansätze durch eine umfassende und wertschöpfungsorientierte Informations- und Kommunikationspolitik.

#### 5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Als kirchliche Einrichtung ist die Thematisierung ethischer, weltanschaulicher und religiöser Aspekte essentiell.

Die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen erfolgt im Rahmen der Sitzungen des Ethikkomitees. was?. Die seelsorgerische Betreuung unserer Patienten und Mitarbeiter ist gewährleistet.

### 5.2 Strategie und Zielplanung

#### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Unsere leitbildorientierte Strategie 2015 wird in einem strategischen Zielplanungsmodell, einer unternehmensweiten Balanced Scorecard (BSC) dargestellt. Daran orientiert, werden die untergeordneten Teilziele verschiedener Unternehmensbereiche sukzessiv umgesetzt. Dieses Modell berücksichtigt die Perspektiven Finanzen, Partner, Prozesse und Mitarbeiter und Lernen.

#### 5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Krankenhaus ist als zentraler Partner ambulanter, stationärer und rehabilitativer sowie pflegerischer Leistungserbringer in der Region aufgestellt. Die Kooperationspartner müssen mit unseren Unternehmenszielen und Leitbildgedanken harmonisieren. Unser Haus betreibt ein kooperatives Blutspendezentrum. Weitere Kooperationen bestehen im Rahmen unserer Leistungsschwerpunkte, der ambulanten onkologischen Versorgung sowie mit der nuklearmedizinischen Praxisgemeinschaft am Standort. Zahlreiche Einrichtungen von Partnern sind im ambulanten Zentrum aktiv.

## **5.3 Organisationsentwicklung**

### **5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur**

Eine stetige Organisationsentwicklung, ausgerichtet auf die Erreichung unserer Strategieziele setzt die Etablierung einer eindeutigen Organisationsstruktur im Unternehmen voraus.

Eine transparente Organisationsstruktur ist in unserem Qualitätsmanagementhandbuch festgelegt. Informationen zu Kompetenzen, Verantwortungen, Befugnissen und Hierarchieebenen sind durch Organigramme gegeben und öffentlich zugänglich.

### **5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Eine Effizienzsicherung ist Grundvoraussetzung für den Unternehmenserfolg. Die Verantwortung für eine effiziente Arbeitsweise der Führungsgremien, trägt die Geschäftsführung, repräsentiert durch zwei Geschäftsführer. Sicherungsinstrumente stellen monatliche Direktoriumssitzung, Protokollierung der Beschlüsse, Nachverfolgung der Umsetzung und die interne Kommunikationspolitik dar. Gremien- und Kommissionsbeschlüsse unterliegen der Prüfung des Direktoriums.

### **5.3.3 Innovations- und Wissensmanagement**

Die Akquirierung, Sicherung und Weiterentwicklung von Wissen stellt in modernen Unternehmen einen strategischen Faktor dar. Methoden des Wissensmanagements finden Anwendung und unterliegen einem Optimierungsprozess. Eine Implementierung von Innovationen wird ausdrücklich angestrebt und durch interdisziplinäre Projekte vorangetrieben.

## **5.4 Marketing**

### **5.4.1 Externe Kommunikation**

Der Bereich Public Relations unterliegt dem Referat „Kommunikation und Marketing“. Eine umfangreiche Information der Öffentlichkeit ist unser Anliegen und soll das öffentlich vermittelte Profil des Krankenhauses als attraktives und modernes Gesundheitsdienstleistungszentrum schärfen. Wir als Gemeinschaft repräsentieren unser Krankenhaus und es liegt an jedem einzelnen Mitarbeiter, unser Leitbild nach außen zu transferieren. Vorschläge zur Kommunikationsweiterentwicklung im innerbetrieblichen Vorschlagswesen ermöglichen eine stetige Optimierung.

## **5.5 Risikomanagement**

### **5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Mit dem Ziel der stetigen Verbesserung der Prozesse, der Verbesserung der Sicherheit für Patienten, Bewohner und Mitarbeiter, der Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit ist in unserer Einrichtung ein Risikomanagementsystem installiert. Wichtiges Instrument ist das etablierte Zwischenfallmeldesystem.

*proCum Cert:*

### **5.A.1 Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur**

Die Etablierung des christlich geprägten Unternehmensleitbildes auf Ebene des Gesamtunternehmens, gültig für alle Einrichtungen geht einher mit einer einheitlichen Namensgebung, Logogestaltung und einheitlichen Corporate Design, geregelt durch den Träger.

Wir fördern die Umsetzung eines Konzeptes einer Dienstgemeinschaft. Die AVR stellt dabei die vertragliche Grundlage dar.

Durch die Verinnerlichung der Leitbildwerte unserer Mitarbeiter und deren Ausrichtung danach, wird ein aktiver Beitrag zu einer christlichen Unternehmenskultur geleistet. Es finden unter anderem jährlich regelmäßig Aktienfeiern, Gottesdienste im Jahreskreis statt.

### **5.A.2 Suche und Einstellung von Mitarbeitern, die das christliche Profil der Einrichtung stärken**

Bereits in der Stellenausschreibung wird die Ausrichtung auf christliche Werte unseres Trägerleitbilds thematisiert, zusätzlich im Bewerbungsgespräch mit dem potenziellen Arbeitnehmer. Die Personalauswahl erfolgt nach der Sichtung der Bewerbungsunterlagen und den Erkenntnissen aus dem persönlichen Gespräch unter Abgleich mit dem Stellenprofil.

### **5.A.3 Soziale Verantwortung, Rücksichtnahme und ethische Sensibilität in der Personalführung**

Wichtige Personalziele sind Menschen mit Behinderung, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, entsprechende Arbeit anzubieten, ältere, erfahrene Mitarbeiter zu binden und halten und Personalabbau und betriebsbedingte Kündigungen, wie bis heute, auch in Zukunft zu vermeiden.

### **5.A.4 Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements**

Das installierte Risikomanagementsystem soll auf betrieblicher Ebene eine stetige Optimierung von sicherheitsgarantierenden Konzepten gewährleisten. Die mögliche Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen, ermöglicht eine Konzentration des Ärztlichen Dienstes auf das Kerngeschäft und entlastet diesen. Eine transparente interne Kommunikation von aufgetretenen (Behandlungs-)fehlern und internen Besprechungen, ermöglichen eine zeitnahe Gegenmaßnahmenentwicklung.



## 6 Qualitätsmanagement

KTQ:

### 6.1 Qualitätsmanagementsystem

#### 6.1.1 Organisation

Unter Verfolgung des strategischen Zieles, der Erlangung der regionalen Qualitätsführerschaft agiert das Referat „Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement“ als Stabstelle der Geschäftsführung. In den einzelnen Kliniken und Abteilungen sind Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungs-Ansprechpartner benannt. Die neuen Mitarbeiter werden bei einer Einführungsveranstaltung u.a. über die Organisation des QM informiert.

#### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Organisation des Prozessmanagements unterliegt dem Referat Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement. Auf Basis monatlich erhobener Leistungsdaten einzelner Bereiche wird der Bedarf an Prozessoptimierungsprojekten ermittelt und diese unter Einbezug Mitarbeiter unterschiedlichster Hierarchieebenen und Arbeitsbereichen realisiert.

### 6.2 Befragungen

#### 6.2.1 Patientenbefragung

Die Ermittlung unserer Stärken und Schwächen ist wichtige Grundlage eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Zur Feststellung dieser, ist die Patientenbefragung ein zentrales Instrument unseres QS-Systems. Auf Basis dieser Befragungsergebnisse können interne und externe Benchmarking-Prozesse realisiert werden. Eine Befragung erfolgt alle zwei Jahre.

#### 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Für die Gewährleistung einer optimalen Patientenversorgung erfolgen regelmäßige Befragungen unserer Kooperationspartner und Zuweiser. Somit lässt sich auch ein Stärken-Schwächenprofil unserer Außenwirkung ermitteln und Verbesserungsbedarf identifizieren.

#### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Unsere Mitarbeiter stellen die wichtigste Komponente bei der Behandlung von Patienten und der Ermöglichung eines hohen Servicestandards dar. Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter ist uns ein wichtiges Anliegen, so dass Mitarbeiterbefragungen ein wichtiges Instrument zur Identifizierung unseres Ansehens als Arbeitgeber darstellen.

## **6.3 Beschwerdemanagement**

### **6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Das von uns etablierte Lob- und Beschwerdemanagement verfolgt unser Ziel der Erreichung einer hohen Flexibilität und kurzen Reaktionszeiten im Umgang mit Lob und Kritik. Unsere Patienten haben die Möglichkeit, dafür Lob- und Kritikbriefkästen zu nutzen.

### **6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Verantwortlich für die Bereitstellung qualitätsrelevanter Daten sind das Medizincontrolling und das Referat Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement. Unsere Qualitätsziele leiten sich aus der in der Balanced Scorecard verankerten Strategie ab. Qualitätsrelevante Daten und Kennzahlen sind die Basis zur Überwachung der Zielstatus und werden erhoben, verarbeitet und archiviert.

### **6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**

Die transparente und bedarfsgerechte Bereitstellung von Daten für die externe Qualitätssicherung erfolgt über das Krankenhausinformationssystem und wird per Schnittstelle in das geforderte §21-Datensatzformat transferiert.

Freiwillig werden in vierteljährlichen Abständen Daten an die Erfassungsstelle des AQUA-Instituts übermittelt. Ergebnisse sind durch eine spezielle Software auch unterjährig verfügbar.

## 7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

*proCum Cert:*

### **7.A.1 Integration der Seelsorge ins Krankenhaus**

Unsere Krankenhauseseelsorgekonzepte, orientieren sich an den Rahmenvorgaben und Leitlinien der katholischen und evangelischen Kirche, sind wichtige Elemente unseres Leistungsangebots in Hinblick auf die Ausrichtung unseres Leitbildes. Die Krankenhauseseelsorge ist fest in die Organisation unseres Hauses eingebunden und für Zuwendungsbedürftige jederzeit erreichbar. Eine Vertretungsregelung besteht.

### **7.A.2 Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge**

Die hauptamtlichen Mitarbeiter der Seelsorge verfügen über entsprechende Zusatzqualifikationen und nehmen regelmäßig an Weiterbildungsmaßnahmen teil. Geführte Gespräche werden im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen unter Wahrung der Schweigepflicht zumeist dokumentiert.

### **7.A.3 Angebote der Seelsorge**

Patienten werden über die Angebote der Seelsorge im Hause via Aushänge, Patienteninformationsmappe und Flyer informiert. Patienten auf Station wird das Gespräch mit der Seelsorge angeboten. Es besteht ein Bereitschaftsdienst. Regelmäßig finden in unserem Haus Gottesdienste statt. Das Angebot seelsorgerlicher und spiritueller Begleitung wird den Unterkursen der Krankenpflegeschule durch die Vorstellung der Krankenhauseesorgler und ihres Konzeptes bekannt gemacht.

### **7.A.4 Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden**

Soweit es das Kerngeschäft unserer Mitarbeiter zulässt, ist eine Zusammenarbeit mit den Kirchengemeinden in Siegen angestrebt. Unter anderem finden auch Gottesdienste der Gemeindekirchen in der Kapelle statt.

## 8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

*proCum Cert:*

### **8.A.1 Übernahme und Verantwortung für Ausbildung**

Die gesellschaftliche Verpflichtung zur beruflichen Ausbildung ist fester Bestandteil unseres Leitbildes. Jährlich werden 30 Schüler an unserer Krankenpflegeschule neu aufgenommen. Insgesamt verfügt das Unternehmen über 160 Ausbildungsstellen. Während der Ausbildungszeit sind die Auszubildenden in ein angemessenes Betreuungskonzept integriert und haben die Gelegenheit mit Ausbildern und Arbeitskollegen den Dialog zu suchen, und es finden regelmäßige Reflexionsgespräche statt.

### **8.A.2 Förderung ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements**

Neben den Tätigkeiten der Seelsorge werden auch ehrenamtliche Mitarbeiter in der Krankenhaushilfe beschäftigt, die den hilfedürftigen Patienten auf den Stationen bei Besorgungen des täglichen Lebens unterstützen oder für persönliche Gespräche bereitstehen. Zusätzlich arbeitet unser Haus eng mit der Ambulanten ökumenischen Hospizhilfe Siegen e.V. zusammen. Das Krankenhaus ist um die Gewinnung und Förderung ehrenamtlicher Mitarbeiter bemüht.

## 9 Trägerverantwortung

*proCum Cert:*

### **9.A.1 Vorgabe und Beiträge zur Strategie und Ausrichtung des Unternehmens**

Die von der Geschäftsführung erarbeitete „Strategie 2015“ zielt auf die Weiterentwicklung des Krankenhauses und die starke Aufstellung gegenüber zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen die Erringung von Wettbewerbsvorteilen zur wirtschaftlichen Sicherung ab und basiert dabei auf den Vorgaben unseres christlichen Leitbilds. Das Ziel der sektoralen Vernetzung wird über den Auf- und Ausbau von Kooperationen mit vielfältigen Akteuren des Gesundheitswesens der Region angestrebt und realisiert. Zur Vorhaltung eigener Versorgungsstrukturen erfolgt u.a. eine Expansion im Bereich der Wohn- und Pflegeeinrichtungen mit verstärktem Angebot von Betreutem Wohnen und Kurzzeitpflege

### **9.A.2 Vorgaben für die Unternehmensführung**

Unser Leitbild dient als Grundlage der Ziele und Unternehmensaktivitäten, konkretisiert wird es in den ethischen Leitsätzen und in der Strategie 2015. Unser Personalentwicklungskonzept dient der individuellen Förderung und Bindung Potenzialarbeitskräften. Besonderes Augenmerk gilt dabei auch der spirituellen und ethischen Weiterbildung unseres Personals.

Leistungen die dem christlichen Menschenbild widersprechen liegen grundsätzlich nicht in unserem Leistungsspektrum.

### **9.A.3 Personalverantwortung**

Die Berufung der Geschäftsführung und der Chefarzte erfolgt durch die Gesellschafterversammlung in enger Zusammenarbeit mit dem Verwaltungsrat. Die Berufung weiterer Führungspersonen erfolgt über das Direktorium. Die Förderung und Unterstützung von Führungskräften wird durch eine zielgerichtete Informationspolitik und Regelmäßige Zielvereinbarungsgespräche zwischen der Geschäftsführung Führung und den obersten Führungskräften gewährleistet.

### **9.A.4 Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung**

Die Besetzung des Verwaltungsrates erfolgt unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Erfüllung Unternehmensziele unter Wahrung der christlich-ethischer Wertevorstellungen.

Es finden quartalsweise Verwaltungsratssitzungen statt. Über aktuelle Projekte und dringliche Entscheidungen wird der Verwaltungsrat von der Geschäftsführung informiert.